Mycoses superficielles

1) Généralités

- **sont des maladies infectieuses très fréquentes** de la peau, des phanères et des muqueuses
- dues à des champignons microscopiques : levures, dermatophytes , moisissures

QU'EST CE QU'UN CHAMPIGNON ?

- **Champignon saprophyte ex : Candida**
- **Champignon d'emblée pathogène** : **ex dermatophytes**
- **Les champignons saprophytes peuvent devenir pathogènes** dans certaines conditions :
  - modification du milieu (PH)
  - lésion de la peau
  - baisse des défenses immunitaires
  - modification hormonale : grossesse, contraception

I. Dermatophytoses

1) Introduction :

- Ce sont des mycoses superficielles cutanées dues à
  ➔ des champignons filamenteux microscopiques « les **dermatophytes »**
- ayant 02 propriétés biologiques:
  1. kératinophile
  2. kératinolytique
- Les dermatophytes sont toujours **pathogènes**.
- Ils appartiennent à trois genres *: Microsporum*, *Trichophyton* et *Epidermophyton*.
- Ces dermatophytes sont responsables de lésions
  1. de la peau glabre (épidermophyties, herpes circiné)
  2. d'une atteinte des ongles (onyxis dermatophytiques)
  3. d'une atteinte du cuir chevelu (teignes),
  4. de la barbe et des moustaches (sycosis).

2) Mode de contamination

- Géophiles : à partir de la terre
- Zoophiles : à partir de l'animal de façon accidentelle
- Anthropophiles (inter humaine) 80 % des dermatophytoses : directe ou indirecte

A. Teignes

1) Définition

- mycoses superficielles contagieuses
- résultent de l'envahissement pilaire (cuir chevelu) par les dermatophytes.
- se voient essentiellement chez l'enfant

2) Facteurs favorisants :

- la mauvaise hygiène, la promiscuité, la pauvreté.
- Saison : Plus fréquente en automne et en hiver.

3) Les agents pathogènes responsables de teignes sont :

- Trichophyton
- Microsporum

4) La transmission :

- Interhumaine (antropophile) directe ou indirecte
- Contamination zoophile : agent responsable (Microsporum canis)
- Géophile: surtout chez (agriculteurs, jardiniers)

5) formes cliniques :

1. Teignes tondantes (microsporiques & trichophytiques)
2. Teignes inflammatoires et suppuratives ou « kérion de celse »
3. Teignes faviques ou favus.

1. Teignes tondantes

Teignes tondantes trichophytiques	Teignes tondantes microsporiques
Petite plaque grisâtre alopécique squameuse	Placard érythémato-squameux
quelques mm de diamètre (4 - 5).	2 à 5 cm de diamètre, à limites nettes.
très nombreuses voire une centaine	peu nombreuses : 2 à 4 en moyenne
Les cheveux malades sont tondus à ras du cuir chevelu	Les cheveux sont cassés à quelque mm des orifices folliculaires réalisant aspect « en brosse »

2. Teignes inflammatoires et suppuratives : « macaron ou kérion de celse »

1. rares : 02 %
2. grand enfant 08 à 14 ans
3. Non contagieuse
4. unique ou multiple
5. pas de fièvre ni d'ADP satellites
6. Chez l'homme : barbe (sycosis)
7. Clinique :
   - lésion érythémato-squameuse
   - devient inflammatoire, suppurée
   - s'accompagne d'une chute des cheveux.
   - vers le 10e–15e j, il existe un macaron en relief sur le cuir chevelu
   - expulsion du pus par les orifices pilaires, spontanément ou à la pression, réalisant un aspect en « pomme d'arrosoir »

3. Teigne favique ou favus :

1. moins de 1 %
2. enfant et adulte.
3. Très contagieuse
4. lésions érythémato-squameuse
5. évolution vers la phase d'état : un aspect typique « godet favique ».
6. Ce godet favique est traversé par un cheveu favique qui n'est jamais cassé.
7. Le cheveu a perdu sa brillance naturelle : aspect de foin sec.
8. Le favus évolue toujours vers une alopécie cicatricielle définitive

6) Les principaux diagnostics différentiels des teignes

1. psoriasis du cuir chevelu.
2. Fausse teigne amiantacée
3. Trichotilomanie

7) Traitement des teignes

1. Mesures d'hygiène
   - Stérilisation quotidienne de la literie à l'eau bouillante ou au benzène
   - Brûler les brosses contaminées.
   - Éviction scolaire de 21 jours pour le favus et la teigne trichophytique
2. Traitement local
   a. Antifongiques locaux: Econazole en lotion 2 app/j.
   b. si lésion très squameuse décaper d'abord à la pommade salicylocadique
3. Traitement général : Griséofulvine cp
   a. Posologie : 10 à20mg/kg/j pour l'enfant, 1 g à2g/j chez l'adulte.
   b. Durée du traitement:
      - 4 semaines pour les teignes tondantes
      - 6 semaines à 2 mois pour le favus.
   c. Contres indications: grossesse, porphyrie, traitement par les AVK
4. Cas particulier : pour les teignes inflammatoires on associe une corticothérapie pour 8j

➔ **NB:** la guérison= les exams mycologiques sont (–) à 2 prélèvements effectués à 15j d'intervalle

B. Dermatophytie de la peau glabre

dermatophytose circinée ou « herpès circiné »

1) Introduction :

1. Agent:
   - Microsporum Canis.
   - Trichophyton Mentagrophytes.
   - Trichophyton Rubrum.
2. Age: enfant et adulte
3. Peu contagieuse.

2) Clinique :

1. Tache érythémato-squameuse prurigineuse
2. évolution centrifuge réalisant une lésion arrondie, annulaire
3. une bordure érythémato-squameuse active (riche en filaments mycéliens)
4. tendance à la vésiculation
5. centre légèrement fripé en voie de guérison
6. Siège: ubiquitaire

3) Évolution :

- Sous traitement guérison en 3 semaines sans séquelles.
- Sans traitement évolution traînante

4) Examen mycologique:

- Examen direct: filaments mycéliens au sein des squames.
- Culture : milieu de Sabouraud identifie l'espèce en 3 à 4 semaines.

C. Dermatophytie (intertrigo) des grands plis

1) Introduction :

1. Agent: dermatophytes antropophyles:
   - Trichophyton Rubrum.
   - Epidermophyton floccosum
2. Adulte : homme > femme
3. Peu contagieux

2) Clinique :

1. le pli inguino-crural est plus souvent atteint que les plis axillaires et interfessiers
2. il constitue le classique « eczéma marginé de Hebra »
3. La lésion est circulaire
4. évolution centrifuge
5. bordure érythémateuse et un centre plus clair.
6. Le fond du pli est en général respecté.
7. Peut se bilatéraliser et s'étendre en arrière vers le périnée et pli interfessier

3) Examen mycologique : idem avec l'herpes circiné

- Examen direct: filaments mycéliens au sein des squames.
- Culture : milieu de Sabouraud identifie l'espèce en 3 à 4 semaines

4) <u>Diagnostic différentiel :</u>

1. Érythrasma
2. Intertrigo candidosique
3. Psoriasis inversé des plis
4. Intertrigo à germes banaux

D. Dermatophytie (intertrigo) des petits plis

1) Introduction

1. Agent: dermatophytes antropophyles : Trichophyton (Rubrum, interdigitale)
2. Adulte
3. Peu contagieux.
4. Facteurs favorisants:
   - piscine
   - chaussettes en synthétique
   - les ablutions de la prière
   - Chaleur, sudation

2) Clinique

1. Les plis interorteils Prédilection pour le 3ème et 4ème espace inter orteil.
2. Pli macéré blanchâtre avec fissure centrale.
3. Il constitue une porte d'entrée d'infection bactérienne locorégionale (ulcération, onyxis, érysipèle, cellulite)
4. SF: prurit intense, odeur désagréable

3) Ex mycologique : idem que l'intertrigo des grands plis

- Examen direct: filaments mycéliens au sein des squames.
- Culture : milieu de Sabouraud identifie l'espèce en 3 à 4 semaines.

E. Kératodermies palmo-plantaires

1) Introduction

1. Agent:
   - Trichophyton rubrum +++
   - Trichophyton interdigitale (formes dysidrosiques)
2. Coexistent ou non avec l'intertrigo inter-orteil

2) Clinique :

- desquamation ou hyperkératose d'épaisseur variable
- un aspect farineux au niveau de la plante et du bord du pied
- L'atteinte unilatérale, en faveur du diagnostic de dermatophytose

❖ Traitement des dermatophyties de la peau glabre et des plis

1. Une application biquotidienne
   - un antiseptique Bétadine® en solution
   - un antifongique imidazolé local pdt 3 à 4 semaines.
     - en crème pour la peau
     - en lait pour les plis :Ketoderm®
2. En cas d'échec ou de forme étendue

➔ association à un antifongique oral :Fluconazole
3 cp en une seule prise par semaine pdt 3 à 4 semaines.

F. Onychomycoses (onyxis) à dermatophytes

1) Introduction

- Mal connue par les patients
- Incidence augmente avec l´âge
- Gros orteil (92%)
- Traitement difficile

2) Clinique :

1. Début insidieux.
2. Ongle épaissi, jaunâtre, friable, rongé et détruit.
3. Débute au bord libre de l’ongle puis s’étend vers la région matricielle
4. aboutissant au décollement et destruction totale de l’ongle.
5. Pas de périonyxis associé

3) Évolution : Sans traitement évolution chronique de proche en proche vers les autres ongles

4) Ex mycologique:

a. Examen direct: filaments mycéliens au sein des squames.
b. Culture : milieu de Sabouraud identifie l’espèce en 3 à 4 semaines
➔ Trichophyton rubrum est le plus communément isolé

5) Le diagnostic différentiel

1. onyxis à *Candida*
2. autres onychopathies d'origine traumatique
3. en rapport avec d'autres dermatoses : psoriasis, eczéma, etc….

6) Traitement de l’onyxis dermatophytique:

Impose un traitement par voie générale en plus du traitement local.

- Traitement local :
  Amorolfine : vernis à ongle à appliquer 1 à2 x/sem
- Traitement général:
  1. Terbinafine cp250mg
    - 1cp /j est efficace pdt 3 à 6 mois.
    - Contre-indications : insuffisance hépatique, grossesse, allaitement.

  2. Fluconazole: cp500mg
    - 3 cp en une seule prise/ semaine pdt 6 à 9 mois
    - Contre-indications: grossesse, allaitement, AVK.

II. LEVUROSES

1) Introduction

- Micro-organismes unicellulaires, forme arrondie : candida, Malassezia
- Reproduction, bourgeonnement, pseudofilaments
- Contrairement aux dermatophytes, elles ne se nourrissent pas exclusivement de kératine
- Mais parasitent aussi les muqueuses et les viscères.
- facteurs favorisant les candidoses:
  1. diabète
  2. grossesse
  3. Contraception orale
  4. antibiothérapie

A. Candidoses

1) <u>Candidoses cutanées</u>

1) Introduction

- **L'**atteinte des **plis** est la manifestation clinique la plus courante = **l'intertrigo**
  - **grands plis :** Inguinaux, sous-mammaires, Interfessiers, axillaires
  - **petits plis :** Commissures labiales, espaces interdigitaux

2) Clinique:

1. peau érythémateuse
2. aspect vernissé et suintant
3. fissurée au fond d'un pli
4. recouvert d'un enduit blanchâtre
5. parfois, les lésions sont sèches et desquamatives
6. Signes fonctionnels:
   - sensation de brûlure
   - parfois douleur ou prurit.
7. trois caractères cliniques très évocateurs d'une candidose cutanée :
   - l'**irrégularité des contours** de la lésion
   - une bordure en **« collerette desquamative »**
   - petites **papulo-pustules satellites** disséminées sur la peau saine environnante

➢ ***<u>Particularités pédiatriques</u> :***

1. L'érythème fessier est dû surtout à une surinfection fongique
2. un muguet buccal doit être recherché

3) diagnostic positif

1. Prélèvement de l'enduit blanchâtre au fond des plis et des ensemencements
2. Exam direct : levures (bourgeonnements; filaments mycéliens)
3. culture : exam de certitude
   - sur milieu de sabouraud
   - résultat 2-4 semaines
   - abondance de colonies de candida

4) Traitement

1. antifongiques locaux s/f de lotion ou crème:
   - dérivés imidazolés : Econazole
2. lutter contre la macération
3. Traiter un foyer digestif ou vaginal associé.

2) Candidoses buccales et digestives

- Le muguet :
  1. érythème recouvert d'un enduit blanchâtre
  2. se décollant facilement
  3. atteint la face interne des joues et la langue.
  4. Il peut s'étendre en aval, entraînant alors une dysphagie nette.
- **Une glossite :**
  1. se manifeste par une langue érythémateuse dépapillée
  2. SF : cuisson et sensation de goût métallique
- **Les candidoses gastro-intestinales**

  accompagnent en général une candidose bucco-oesophagienne
- **La candidose anorectale** est souvent révélée par :
  1. Prurit
  2. Anite érythémateuse érosive et suintante
  3. pouvant se prolonger par un intertrigo des plis inguinaux et du pli interfessier
- **Traitement des candidoses buccales et digestives**
  1. **Chez l'immunocompétent**, on privilégie les traitements locaux : nystatine, *amphotéricine B (Fongizone), Miconazole.*
  2. **Chez l'immunodéprimé (en particulier en cas de sida)** *on associe un traitement par voie générale, surtout si atteinte oesophagienne. Fluconazole (100 à 200 mg/jour) pdt 5 à 15 jours.*

3) Candidoses génitales

A. Chez la femme: réalisant un tableau de vulvovaginite
1. Lésions érythémateuses et oedémateuses
2. deviennent prurigineuses
3. associées à des leucorrhées et dyspareunie
4. L'extension aux grands plis ou une cervicite et une urétrite sont possibles

B. Chez l'homme: tableaux cliniques sont essentiellement
1. des méatites
2. écoulement purulent blanc verdâtre avec dysurie
3. balanites et balano-posthites peu spécifiques.
4. Les lésions peuvent être pustuleuses, érythémato-squameuses
5. C'est un mode de révélation du diabète

- **Traitement des candidoses génitales**
  1. On privilégie les traitements locaux : Fluconazole: 1 cp 150 à 300 mg per os
  2. éliminer les foyers de récidive comme un foyer digestif ou la présence d'un DIU
  3. Equilibrer un diabète si celui-ci est connu.

4) Onychomycoses à candida : 15% des onychomycoses

- ongles des mains +++
- Facteurs favorisant : humidité, trauma, soins de manucurie, détergents
- perionixis
- Diagnostic différentiel : psoriasis, lichen, eczema

- **Traitement des onychomycoses à candida**
  1. lutter contre les facteurs locaux : séchage des doigts.
  2. lutter contre la surinfection : antiseptique (chlorhexidine)
  3. Les antifongiques locaux : Amrolfine
  4. Le traitement général ne peut être conduit
     - qu'après identification mycologique pour les atteintes matricielles
     - en cas d'échec des topiques
     - Fluconazole *per os 150 mg/semaine*
       - 4 à 6 mois (ongles des mains) 9 à 12 mois (ongles des pieds)

B. Pityriasis versicolor

1) Agent : Malassezia : **furfur** +++
2) Clinique :
   - macules dyschromiques
   - squames fines furfuracée
   - siégeant sur le haut du tronc.
3) Facteurs favorisants :
   1. Hyperséborrhée, hypersudation.
   2. Endocrinopathies :(hypercorticisme)
   3. Chaleur : humidité.
   4. Facteurs génétiques.
   5. Déficits de l'immunité.
4) Diagnostic différentiel :
   - Pityriasis rosé de Gibert
   - les eczématides
5) Diagnostic positif : prélèvements sur la bordure des lésions
   - L'examen direct au microscope : des squames
   - **culture sur milieu de Sabouraud :** diagnostic de genre et d'espèce (1-4 semaines)
6) Le traitement du pityriasis versicolor :
   1. traitement local (1re intention) intéressant toute la surface corporelle : Kétoconazole :
      - 1 application sur tout le corps pdt 15 minutes avant rinçage
      - Une 2ème application 1 ou 2 semaines plus tard
   2. Le traitement par voie générale est indiqué :
      - formes résistantes au traitement local
      - formes étendues et/ou récidivantes.

   ➔ fluconazole 300 mg/semaine pendant 2 semaines

   3. Le traitement préventif n'est pas codifié
      - néanmoins une éviction des facteurs favorisants
      - Certains auteurs préconisent un traitement local d'entretien (1-2 app/sem pdt qq mois)
      - d'autres préconisent à reprendre le traitement local avant la période chaude